

TARTU ÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Tarmo Trummal

**EESTI 2018. AASTA RAVIMIREFORMI MÕJU
TARBIJALE**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: analüütik Andres Võrk

Tartu 2020

Suunan kaitsmisele

(juhendaja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

SISUKORD

| | |
|---|----|
| SISSEJUHATUS | 4 |
| 1. RAVIMITE OMSAOSALUSE DISAINI VÕIMALUSED | 6 |
| 1.1 Ülevaade eri võimalustest, kuidas omaosalust sättida | 6 |
| 1.2 Ülevaade empiirilistest uuringutest omaosaluse mõju kohta | 10 |
| i. Kasutamisele | 10 |
| ii. Vaesusriskile..... | 12 |
| iii. Innovatsioonile | 13 |
| 2. EESTI RAVIMITE OMAOSALUSE JA 2018. AASTA REFORM..... | 15 |
| 2.1 Ülevaade ravimite omaosalusest | 15 |
| 2.2 Viimase reformi kirjeldus | 16 |
| 2.3 Reformi mõju analüüs | 18 |
| Muutused enimkasutatavate ravimite näitel..... | 21 |
| Närvisüsteemi ravimirühma kuuluvate ravimite kasutamise muutus soo-, vanusegruppide lõikes | 26 |
| KOKKUVÕTE..... | 28 |
| VIIDATUD ALLIKAD | 30 |
| LISAD | 33 |
| SUMMARY | 36 |

SISSEJUHATUS

„Tervis“ on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt defineeritud kui „füüsilise, vaimse, emotsionaalse ja sotsiaalse heaolu seisund“. Inimesi kimbutavad tihti aga haigused ning selle heaolu saavutamisel on oluline roll tervishoiupoliitikal. Nii nagu tervis on väärtus omaette on terved inimesed riigi arengu seisukohalt väga olulised, olles üheks tootmissisendiks väärtuse loomisel. Kuna riigid on erinevad, siis ei eksisteeri ühte konkreetset struktuuri, kuidas (piiratud resursside tingimustes) tervishoiupoliitikat ning selle olulist osa – ravimipoliitikat, kõige efektiivsemalt kujundada. Järjest vananeva rahvastiku korral on see väga keeruline ülesanne, et oleks tagatud kõigile inimestele kvaliteetne tervishoid ning et tervena elatud aastate arv kasvaks. Tervishoiupoliitika kujundamine on pidev protsess, mis nõuab pidevat analüüsimist ning kohandamist muutuvate oludega.

2018. aastal viidi Eestis läbi ravimireform - muudeti täiendava ravimihüvitise korda eesmärgiga vähendada suurte ravikuludega inimeste koormat; samuti ühtlustati kõigi sooduklasside korral retseptitasu.

Antud töö eesmärk on välja selgitada reformi mõju tarbijale. Töö esimeses osas antakse ülevaade ravimite omaosalusest ning selle sättimise eri võimalustest. Ülevaade sellealastest empiirilistest uurimustest ning omaosaluse muutuse mõjust tarbimisele ning sellega kaasnevatele aspektidele (vaesusrisk, kogukulud, innovatsioon). Teises osas kirjeldatakse sooduravimite maksumuse struktuuri Eestis ning 2018. aasta ravimireformi. Analüüsitakse selle tulemusena toimunud muutusi ning kõrvutatakse tulemusi töö esimeses osas esitatud uurimustele. Selleks hinnatakse arvutuslikult kõigi soodusklasside viie enimkasutatava ravimi muutusi maksumuses tarbijale, haigekassale ning kasutamisele ja närvisüsteemi ravimirühma kuuluvate

ravimite puhul lähemalt soo- ning vanusegruppide lõikes. Töö viimases osas esitatakse kokkuvõtte tulemustest.

1. RAVIMITE OMSAOSALUSE DISAINI VÕIMALUSED

1.1 Ülevaade eri võimalustest, kuidas omaosalust sättida

Ravikindlustus on tervishoiukulude katmise süsteem kindlustatud isiku haiguste ennetamise ja ravi, ravimite ja meditsiiniseadmete ostmise rahastamiseks ning ajutise töövõimetuse hüvitiste ja muude hüvitiste maksmiseks (RaKS § 2). Eestis on ravikindlustuse kindlustusandja Eesti Haigekassa (RaKS § 3).

Riigid on erinevad ning seega on erinev ka see, milline on nende ravikindlustussüsteem – kui palju tasub ravikulude eest inimene ning mil määral võtab riik enda kanda. Enamus riikides on olemas mingisugune kindlustussüsteem, et aidata nõrgemaid ning võtta inimestelt ravimite eest tasumise koormat ära just siis, kui nad on kõige haavatavamad. Selleks, et piirata ületarbimist, suunata inimesi tarbima eelistatud ravimeid ning tuua lisarahastust tervishoidu on kasutusel omaosalus - kindlustatud isiku omapoolne panus ravimi eest tasumisel.

Omaosalust võidakse kehtestada kas protsendina toote hinnast või kindla summana. Kasutatakse ka mõlemat korraga. (Vogler et al. 2018: 108) Fikseeritud omaosalus on näiteks retseptitasu – kindel ühekordselt makstav summa, mida tasutakse retsepti kohta. Euroopas on enimlevinud protsendipõhise omaosaluse kasutamine. Omavastutuse korral maksab inimene ravimikuluseid kuni kindla summani ning mille ületamisel hakkab kehtima kindlustajapoolne hüvitamine, mis võib olla nii osaline kui ka täielik. (Vogler et al. 2018: 48) Protsendipõhine omaosalus tekitab inimestes stiimuli kasutada odavamaid ravimeid, (näiteks geneerikuid), mida fikseeritud omaosalus ei tekita.

„Enamikus arenenud riikides on probleemiks ravimikulude kiire kasv. Selle põhjuseks on uute ja kallimate ravimite jõudmine turule, ravimite kättesaadavuse paranemine, ambulatoorse ravi osakaalu kasv ning rahvastiku vananemine.“ (Sonnenberg 2004: 1). Kuna ressursid on piiratud, siis on ravimite hüvitamisel oluline leida just see optimaalne omaosaluse suurus, mille korral ei toimu ravimite ebavajalikku (üle)tarbimist ning samal ajal ei ei tekitaks inimestele liigset majanduslikku koormat, mis põhjustab alatarbimist ning millel on negatiivne mõju inimeste tervisele ja sellest tulenevalt ka riigi arengule.

Kas ravim hüvitatavate sekka arvata võib sõltuda näiteks selle efektiivsusest, võrdlusest teiste analoogsete ravimitega või ka hinnast (6, page 24). Ravimite hüvitamise aluseks on peamiselt neli erinevat kriteeriumit. Lähtutakse kas konkreetsest ravimist endast (tootespõhine), haigusest, mille raviks seda kasutatakse (haigusepõhine), elanikkonnagrupist (elanikkonna grupi põhine) või tarbimisest kindlalt perioodil (tarbimispõhine). Riik võib korraga kasutada mitut hüvitamise kriteeriumit, kuid üldiselt on üks nendest selgelt domineerivam. (Vogler et al. 2018: 109)

Tootepõhine hüvitamine

Ravimipõhise hüvitamise korral on levinud ravimite soodustamise loetelude ehk „positiivse nimekirja“ kasutamine (Kruus et al. 2012: 21). Kui ravim kuulub sellesse nimekirja, siis kehtib talle ka määratud soodustus. Kasutatakse ka „negatiivseid nimekirju“, mis välistavad ravimi hüvitamise. (Vogler et al. 2018: 93) Eestis on nendeks teenused, mis hõlmavad spordiklubidega seotud ülevaatusi, ilukirurgia eelkonsultatsioone, reisi vaktsineerimist jne (Thomson et al. 2011: 20).

Kui sama toimeainega ravimit pakuvad mitu tootjat, siis kehtestatakse kogu sama toimeainega ravimite grupile piirhind, millest arvutatakse haigekassa soodustus (Eesti Haigekassa ... 2020). Piirhinna süsteem on Euroopas kõige enimkasutatav meetod hoidmaks kasvavaid tervishoiukulusid kontrolli all (Farfan-Portet et al. 2012:1) ilma selle kvaliteedis ning juurdepääsus kaotamata. (6, page 28) Seda kasutatakse ka suunamaks inimesi tarbima efektiivsemaid ravimeid ning piiramaks vähemefektiivsemate ravimite kasutamist (Kruus et al. 2012: 21). Eestis rakendati esimest korda piirhinna süsteemi 2003. aastal ning alates 2005. aastast hakkas kehtima nõue kirjutada retsept välja toimeainepõhiselt (INN - international nonproprietary name). 2010. aastal hakati ektiivselt tegelema inimeste teadlikkuse parandamisega analoogravimite kvaliteedi ja tõhususe kohta (Laidmäe 2013: 36-37), mille tõttu vähenesid inimeste kulutatused ravimitele märkimisväärselt. Sellele aitas oluliselt kaasa digiretsepti kasutuselevõtt, kuna e-keskkonnas väljastatud retsepti korral esitatakse toimeainepõhine valik vaikimisi (Habicht et al, 2018a: 135). Enamus riike Euroopas määrab referentshinnaks vastavas ravimigrupis oleva odavaima hinnaga toote järgi. Eesti aga hinnalt teise väikseima toote järgi. Nende ülevaatamine ning uuendamine

toimub Eestis kvartaalselt (Vogler et al. 2018: 42) Eestis moodustavad geneerikud ligemale kolmandiku summaarsest ravimikogusest (OECD 2019: 21).

Tootepõhise hüvitamise korral, hoidmaks tervishoiukulusid kontrolli all ning suunamaks inimesi kasutama eelistatumaid ravimeid, on ka kasutusel nende jaotamine klassidesse (tavaliselt 3-5) vastavalt nende efektiivsusele ning kulutõhususele ning millelele kehtivad erinevad soodusmäärad. Näiteks viieklassiline jaotamine oleks järgmine: (Prescription Drug ... 2017: 1-3)

- Klass 1: geneerikud – kvaliteedilt ja toimelt sama kui vastav brändiravim
- Klass 2: eelistatud brändiravimid – efektiivsemad ning odavamad, kui teised brändiravimid
- Klass 3: mitte-eelistatud brändiravimid – neil on olemas efektiivsem ja odavam alternatiiv, kas brändiravimi või analoogi näol
- Klass 4: eelistatud spetsiaalne ravim - kallid ravimid, mida kasutatakse harvaesinevate ning keeruliste haiguste raviks; paljudel juhtudel läbi biotehnoloogilise protsessi toodetud)
- Klass 5: mitte-eelistatud spetsiaalsed ravimid – neil on olemas odavam alternatiiv

Haiguspõhine hüvitamine

Sellisel määratakse hüvitamine ning selle suurus vastavalt haigusele. Ka siin kasutatakse nn „positiivseid nimekirju“. Haiguspõhise hüvitamise korral võib samale ravimile kehtida erinev soodustus, kui seda saab kasutada mitme haiguse raviks. (Vogler et al. 2018: 109) Näiteks Eestis, kui Valitsuse määrusega on kindla kroonilise haiguse raviks määratud ravimile kehtestatud kõrgem hüvitise määr, kuid seda kasutatakse muu haiguse raviks, siis kehtib sellisel juhul siiski 50% soodustus (Habicht 2018b: 74). Haiguspõhine hüvitamine on kasutusel ka Eestis.

Tarbimispõhine hüvitamine

Tarbimispõhise kriteeriumi korral sõltub hüvitise suurus summast, mida inimene on kindla perioodi jooksul ravimitele kulutanud, milleks on tavaliselt üks aasta. Kasutatakse nn omavastutust, mille korral maksab inimene ravimikuluseid kuni kindla

summani ning mille ületamisel hakkab kehtima kindlustajapoolne hüvitamine, mis võib olla nii osaline kui ka täielik. (Vogler et al. 2018: 42, 109) Mida suuremaks muutuvad kulutused, seda suurem on ka hüvitamise määr. Võivad kehtida eri suuruste korral ka erinevad määrad. Selle põhjal hüvitamist kasutatakse peamiselt kaitsmaks neid, kelle kulutused ravimitele on väga suured.

Euroopas on kõige levinum toote- ja haigusepõhise hüvitamise kombinatsioon, kus esimene on peamine kriteerium, mida täiendab haiguspõhine hüvitamine. Eestis on just haiguspõhine hüvitamine domineeriv ning ravimipõhine vastavalt teisane. (6, pg 24-25)

Ühiskonnagrupipõhine hüvitamine

Enamus riikides rakendatakse meetmeid aitamaks kõige haavatavamaid ühiskonnagruppe – madal sissetulek, kroonilised haiged, puudega, vanurid. Nendel alustel kompenseerimine võimaldab just kõige otsesemalt suunata abi neile, kellel ei pruugi väikese sissetuleku tõttu olla võimalik ravimeid välja osta. Enamus riikides on rakendatud meetmeid, mille tõttu on ravimid soodsamad vanuritele, puudega inimestele, lastele ja paljulapselistele peredele.

Tihti omavad teistel ja eelnevalt väljatoodud kriteeriumitel hüvitamine endas ka mingeid ühiskonnagrupipõhiseid elemente. Näiteks kui haiguspõhise hüvitamise korral on sinna arvatud just kroonilised haigused, mida vanemad inimesed põevad. Samuti kehtestatakse tihti konkreetsed erandid kaitsmaks nõrgemaid ühiskonnagruppe. Seega arvestatakse, et hüvitamine on ühiskonnagrupipõhine, kui ainult just kindlalt erinevate tunnustega gruppidele kehtivad erinevad soodumäärad. (6, page 28)

1.2 Ülevaade empiirilistest uuringutest omaosaluse mõju kohta

i. Kasutamisele

Samal ajal kui patsiendi omaosaluse kehtestamist võidakse kasutada avaliku sektori kulude kontrolli all hoidmiseks ning ka ebavajaliku ravi vähendamiseks, siis samade meetmete tulemusena võib just majanduslikult haavatavamate inimeste ligipääs ravile väheneda (Vogler et al. 2018: 42).

Ravimite osalisel või täielikul hüvitamisel on positiivne mõju ravimite väljaostmisele ja sihipärasele kasutamisele, mis omab positiivset efekti ka ravitulemustele. Mitmed uuringud näitasid aga, et tarbijate omaosaluse tõstmine vähendas retseptide arvu inimese kohta, väiksemaid kulusid avalikule sektorile, suuremat majanduslikku koormust patsientidele ning vähenenud ravijuhiste järgimist retseptide väljaostmise näol. (Vogler et al. 2018)

Omaosaluse ning selle muutusega kaasnev mõju sõltub suuresti ka haiguse iseloomust. Kas tegemist on kroonilise või akuutse seisundiga ning samuti selle ägedusest. Krooniliste haiguste korral ollakse vähem hinnatundlikud ning vastavalt Hernández-Izquierdo jt (2019) jääb enamus sellealastes uurimustes ravimite hinnaelastsus $-0,2$ ligidale ning krooniliste haiguste korral on vastav näitaja ligikaudu $-0,08$. (Hernández-Izquierdo et al. 2019)

Goldman jt uurisid omaosaluse muutuse mõju 10 enimlevinud ravimiklassi korral. Omaosaluse kahekordistamine vähendas ravimikasutust nendest kaheksal ning seda sümptomaatiliseks raviks kasutatavate valuvaigistite ning allergiarohtude korral koguni ligemale 45%. Krooniliste haiguste korral oli see mõju väiksem. (Goldman et al. 2004)

Helin-Salmivaara jt (2012) uurisid Soomes ajavahemikul 2003-2005 sisuliselt eelnevatega sama seost. Nimelt ei alandatud küll omaosalust, vaid võrreldi kolesteroolialandamiseks kasutatavate ravimite kasutamise jätkamist originaalravimite ja geneerikute kasutajate võrdluses, mille hind on odavam ning leidsid, et viimase grupi hulgas oli raviga katkestamise määr 20% väiksem. (Helin-Salmivaara A. et al. 2012)

Coudhry jt (2012) leidsid, et omaosaluse alandamine südameveresoonekonna raviks kasutatavate ravimite hulgas vähendas lisaks patsientide endi kulutustele ka muid nende

haiguste raviks tehtavaid kulutusi. Täpsemalt vähenesid sellealased arstivisiidid, hospitaliseerimised ning erakorralise meditsiini külastused. Samuti toimus kasv ravi jätkamises ravimite väljaostmise näol. Kogusummana ei muutunud nende haiguste raviks tehtavad kulutused, kuid ilmnas kasu (Choudhry et al. 2012: 1, 4, 5, 6) Sarnastele tulemustele jõuti ka 2011. aastal, kui analüüsiti omaosaluse kaotamise mõju vastavalt määratud rohtude väljaostmisele peale infarkti toimumist. Selle kaotamisega kasvas see 4 kuni 6 protsenti ning uute juhtumite ning seda ennetavate protseduuride hulk vähenes samuti. Kuigi patsientide omaosalus vähenes, ei kasvanud selle haiguse raviks tehtavad kogukulud. (Choudhry et al. 2011)

Snider jt uurisid põhjalikult seoseid diabeediravimi omaosaluse suuruse, raviga jätkamise ning haiglas veedetud päevade vahel. Patsiendi jaoks ravimi hinna kasv 10\$ võrra omaosaluse suurenemisest vähendas raviga jätkamist 1,9%. Raviga jätkamise 10 protsendiline langus tõi kaasa 15 protsendilise kasvu diabeetikute haiglas veedetud päevades. Samuti võrreldi kogukulusid kahe erineva kindlustuspoliitika vahel – esimese korral oli patsiendi jaoks ravimi hind ühe retsepti kohta keskmiselt 10\$ ning teisel juhul 50\$. Nimelt kui patsientide omaosalust suurendati, siis vähenesid kindlustaja ravimikulud patsiendi kohta keskmiselt 242\$, kuid täiendavad hospitaliseerimised tõid kaasa keskmise kulu 342\$ ning netokulu suurenes. (Snider et al. 433, 437)

Samuti mõjutab omaosaluse vorm retseptiravimite kasutamist. Fikseeritud omaosaluse (näiteks retseptitasu) korral on inimesed altimad ostma retseptiravimeid välja, kui seda ollakse protsendipõhise omaosaluse korral. Dor ja Encinosa (2004) leidsid, et kui patsiendi omaosalus on mõlemal juhul \$9, siis fikseeritud omaosaluse korral täitsid täielikult raviplaani ravimi väljaostmise näol 34% ning suhtelise omaosaluse korral 24% patsientidest. (Dor, Encinosa 2004:2)

Ravimite mittekasutamisest vastavalt ettenähtud raviplaanile on hinnatud tekitama kulu Euroopas 125 miljardit eurot ning USA-s 105 miljardit dollarit aastas (OECD 2018: 16, 26, 29).

ii. Vaesusriskile

Õiglus tervishoiu rahastamisel ei tähenda kindlasti seda, et kõik panustavad võrdse summa, vaid et need, kelle sissetulekud ning muu rikkus on suuremad, panustavad ka rohkem. See on ka tähtis, kuna kindlustuse puudumisel võib haigestumise korral majapidamisele langeda kulutuste näol nõ topeltkoormus, kui selle tõttu ei ole inimesel enam võimalik töötada jättes ilma sissetulekust ja samal ajal tekivad lisakulutused ravi näol. See võib lükata leibkonna allapoole vaesuspiiri. (Ke Xu 2005: 1)

Ke Xu jt (2003) leidsid, analüüsides 59 riigi majapidamiste kulusid-tulusid, et mida suurem on omaosalus kogu tervisele tehtavatest kulutustest, seda rohkemate majapidamiste kulutsed tervishoiule on katastroofilised ehk ületavad 40% majapidamiste maksevõimest. See osakaal on riigiti väga erinev, varieerudes 0,01 protsendist ligemale 10 protsendini, olles arenenud riikides väiksem. Riikide majapidamiste suurused, tarbimisharjumused, hinnad, vaesuspiir on väga erinevad. Samuti toodi välja, et üheprotsendine omaosaluse kasv kogu tervishoiukuludest tõi kaasa keskmiselt 2,2% kasvu majapidamiste osakaaluse, kel esinevad katastroofilised kulutused. (Ke Xu et al. 2003: 111, 112, 115)

Eesti ravikindlustussüsteemi üheks põhimõtteks on, et ravikindlustus peab olema võimalikult laialdane, st inimese omaosalus kogu ravikulust peab olema optimaalne ega tohi viia vaesusriskini. (Eesti Haigekassa ... 2019: 7) Kuigi Eestis on inimeste tervislik seisund paranenud, on erinevused sotsiaalmajanduslike rühmade vahel ühed suurematest Elis. Enda tervist peab heaks enam kui kolm neljandikku suurima sissetuleku kvintiili kuuluvatest inimestest, madalaimas aga kolmandik. (OECD 2019: 3, 5)

Eestis on põhjalikult uuritud majapidamiste tervishoikulutuste mõju sotsiaalmajanduslike rühmade vahel ning omaosalusest tingitud vaesumist. Mida suurem on tervishoiuteenuse omaosaluse osakaal, seda suuremad erinevused on sissetulekurühmade vahel selle tarbimises. Omaosalus ravimitele on olnud vaeseimas kvintiilis peamine majapidamiste katastroofiliste kulutuste tekkimise ning vaesumise põhjus. Enim on sellest olnud mõjutatud krooniliselt haiged, puudega inimesed ning pensionärid (nii üksikud kui koos elavad), kuid pensionide tõus võrreldes

ravimihindadega ning avatum suhtumine odavamatesse analoogravimitesse on seda riski vähendanud. (Vörk et al. 2010: 12), (Vörk et al. 2014: 18, 19, 21).

iii. Innovatsioonile

Paljud uuringud on näidanud, et meetmed ravimihindade alandamiseks (hinnalaed ning leebem ravimi patendikaitse) vähendavad uute ravimite väljatöötamisse tehtavaid investeeringuid. Ravimitööstus erineb paljuski muust tootmisest. Esiteks periood uue ravimi väljatöötamisest kuni selle turule jõudmiseni on väga pikk, ligemale 10-20 aastat. Teiseks ainult väike osa nendest jõuab üldse turule. Seega peab õnnestunud toodetelt saadav tulu katma ka nende ravimite väljatöötamisse tehtavad kulud, mis kunagi turule ei jõua. Periood investeeringu tegemisest kuni selle võimaliku tasuvuseni on väga pikk. Seega meetmete rakendamisel eesmärgiga alandada ravimihindasid tuleb teha valik, kui palju saavad lisakasu praegused patsiendid ning kui palju tulevased, kuna odavamad ravimihinnad praegu toovad kaasa vähem uusi efektiivseid ravimeid tulevikus. (Kennedy 2019: 1)

Giacotto jt leidsid oma 2005. aasta uurimuses, et ravimite 10 protsendine hinnatõus on seostatav ligemale 6 protsendise ravimialase teadus- ja arendustegevusega (Giacotto et al. 2005: 195). Sarnaselt leivad Abbott ja Vernon (2005) jt, et kui 5 kuni 10 protsendine hinnalangus toob kaasa ligemale 5 protsendise arendustegevuse vähenemise, siis 40-45 protsendise hinnalanguse korral on vastav näitaja juba 50-60 protsenti (Abbott, Vernon 2005: 23-24). Siiski pole oluline ainult ravimi hind, vaid ikkagi investeeringutelt saadav kasum. Näiteks kui poliitika tulemusena alandatakse hindu, kuid samas suurendatakse ka kindlustuskaitse ulatust ning seega ka nõudlust, siis hindade alanemist tulev negatiivne mõju kasumile võib olla korvatav nõudluse kasvust. Vastavalt Acemoglu ja Linn-I uurimusele (2004) kaasneb üheprotsendilise potentsiaalse turu suuruse kasvuga 4% uute ravimite sisenemise turule. (Acemoglu and Linn, 2004: 1051)

Kompenseeritavate ravimite hinnad kehtestatakse Eestis toetudes vastavate ravimite hindadele võrdlusriikides (Läti, Leedu, Ungari, Portugal, Prantsusmaa ja päritoluriik) ning läbi hinnaläbirääkimiste. Samuti võrreldakse sarnase toimega ravimite hindu. Ka edasimüüjatele on juurdehindluse piirmäärad seadusega reguleeritud: hulgimüügis on

lubatud kaalutud keskmine 7–10% ja jaemüügis 21–25%. (Habicht et al. 2018b: 130-131)

2. EESTI RAVIMITE OMAOSALUSE JA 2018. AASTA REFORM

2.1 Ülevaade ravimite omaosalusest

Eesti tervishoiusüsteem põhineb solidaarsusprintiibil, et tagada võrdse kvaliteediga arstiabi kõigile kindlustatud inimestele (Eesti Haigekassa ... 2020). Kohati võib seda pidada isegi liiga solidaarseks, kuna üle poole kindlustatutest moodustavad need, kes hetkel sinna ei panusta (lapsed, pensionärid). (Habicht et al. 2018a: 52).

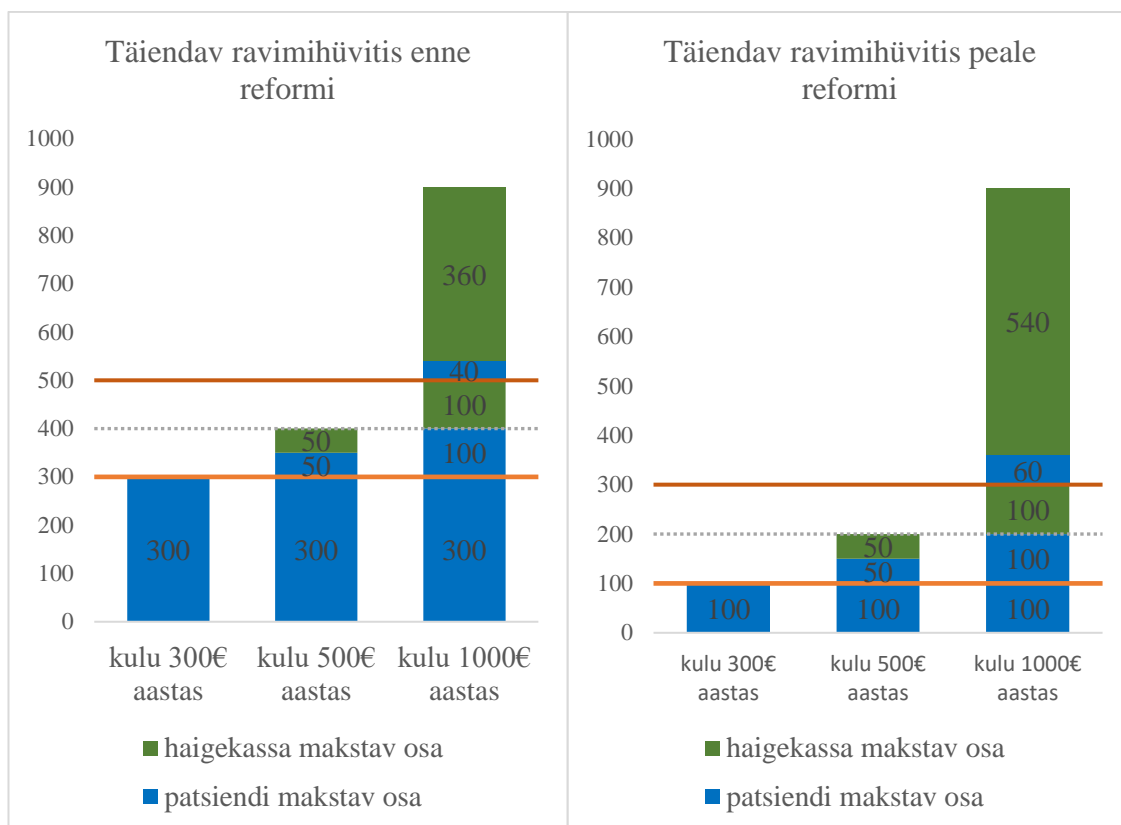
Ravikindlustusega inimeste ravikulud katab haigekassa. Ligemale 95% elanikkonnast on Eestis kindlustatud (Eesti Haigekassa ... 2020). Umbes kolm neljandikku tervishoiukuludest rahastab riik, millest enamik laekub töötajate palgalt makstavast sihtotstarbelisest maksust ning ligemale veerand (23,6%) moodustab inimeste omaosalus (OECD 2019: 3). Eesti kulutused tervishoiule moodustasid 2017. aastal 6,4% SKP-st inimese kohta, Euroopa keskmine on 9,8%. Inimese kohta on see 1 559 eurot, mis on umbes kaks korda väiksem Euroopa keskmisest. (OECD 2019: 9) Omaosalus moodustab 23,6% tervishoiukuludest, millest kõige suurema osa moodustavad kulutused ravimitele (8,5%), mis on suurem kui ELi keskmine 15,8%, ent väiksem kui Eesti rahvastiku tervise arengukavas eesmärgiks seatud 25%. (OECD 2019: 18) Tagamaks tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus, arvestatakse alates 2018. aastast riigieelarvest haigekassa tuludesse 7% keskmisest vanaduspensionist. (Eesti Haigekassa ... 2018: 15) ning 2022. aastaks suurendatakse see samale palgalt makstavale 13% määrale (Habicht et al. 2018a: 58).

Haigekassa tasub teatud ulatuses retseptiravimite eest, mis on kantud soodusravimite nimekirja - vastavalt 50%, 75%, 90% või 100% ulatuses hinna sellest osast. Mis on kõrgem fikseeritud retseptitasust ja jääb alla referentshinna. 100% soodustus kehtib raskete, eluohtlike, epideemilise leviku või tugevat valu tekitavate haiguste raviks ning ka alla 4-aastastele lastele. 75% soodustus on enamasti määratud krooniliste haiguste raviks või kergendamiseks. Kui need ravimid on välja kirjutatud lapsele vanuses 4-16 aastat, töövõimetus- või vanaduspensionist saajale või vähemalt 63-aastastele ravikindlustatud inimesele, siis kehtib nendele ravimitele 90% soodustus. 50%

soodustus kehtib ülejäänutele kergematele soodusravimite loetellu lisatud ravimitele. Samale ravimile võivad kehtida erinevad soodusmäärad - kui kõrgema hüvitisemääraga ravimit kasutatakse muude kui määruses ette nähtud haiguste raviks, kehtib üldine hüvitisemäär 50%. (Eesti Haigekassa ... 2020)

2.2 Viimase reformi kirjeldus

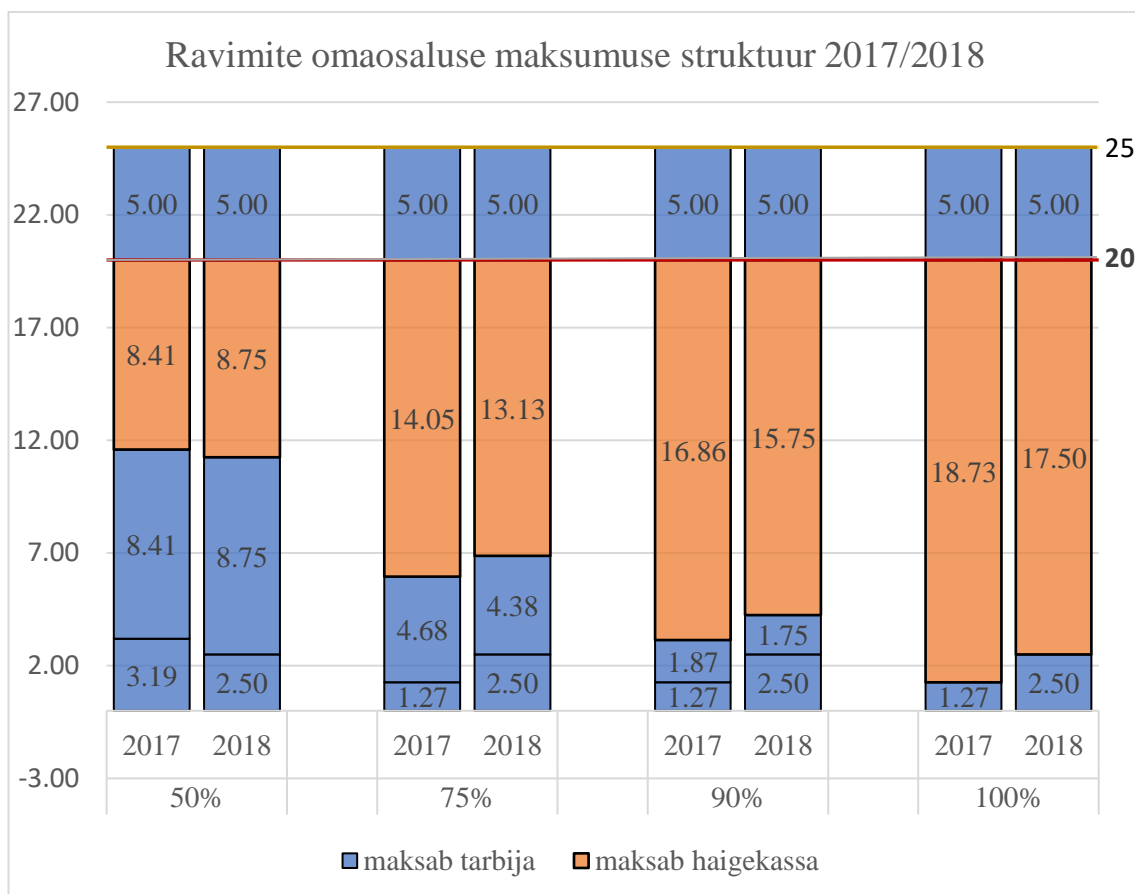
Alates 2018. aastast hakkas Eestis kehtima uus ravimireform. Esiteks muudeti täiendava ravimihüvitise korda. Kui varasemalt said täiendavat ravimihüvitist taodelda kalendriaastas üle 300 euro retseptiravimitele kulutavad inimesed, siis nüüd arvestatakse seda juba alates sajast eurost ning seda järgmiselt: kui inimene on kulutanud ravimitele ühes aastas 100 kuni 300 eurot, siis saab ta üle 100 euro tehtavate kulutuste eest 50% soodustust (vt joonis 1), kui kulutused ületavad 300 eurot, siis seda ületavast osast kompenseeritakse 90% kulutustest. Selle maksmisel arvestatakse ainult sooduravimitele tehtud kulutusi ehk käsimüügiravimid ning ka ilma soodustuseta ostetud retseptiravimid arvestusse ei kuulu. Samuti ei arvestata piirhinda või kokkuleppehinda ületavat osa ehk välditavat omaosalust. Arvestatakse aga retseptitasu 2,50 eurot, mida varem ei tehtud. Kui varem tuli täiendava ravimihüvitise saamiseks esitada haigekassale avaldus, siis nüüdsest saab inimene soodustust juba automaatselt apteegist ravimit väljaostes. Täiendava ravimihüvitise eesmärk on aidata just neid, kelle kulutused ravimitele on suured. Nendeks on nii kroonilised haiged, kui ka need, kes kasutavad pika aja jooksul mitmeid ravimeid korraga. Eestis on selliseid ligemale 125 000 inimest. (Eesti Haigekassa ... 2020)



Joonis 1. Näide täiendava ravimihüvitise maksumuse struktuurist Eestis enne ja peale reformi (€).

Allikas: (Eesti Haigekassa ... 2020) autori kohandused

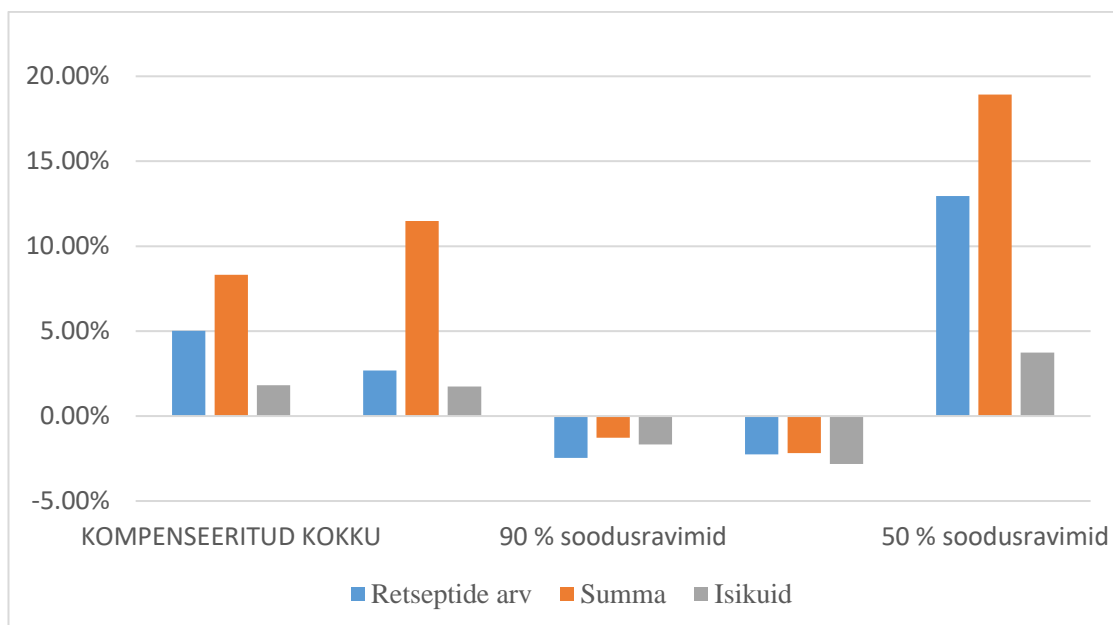
Teise muudatusena ühtlustati retspetitasu. Kui varasemalt oli see 100%, 90% ja 75% soodustuse korral 1,27 eurot ning 50% soodustuse korral 3,19 eurot ühe retsepti kohta, siis peale reformi kehtib ühine tasu 2,5 eurot retseptiravimi kohta (vt joonis 2) (Eesti Haigekassa ... 2018: 57). Alloleval joonisel 2 on näitlikustatud retseptiravimite maksumuse struktuuri muutus tarbija ning haigekassa vahel fikseeritud omaosaluse muutusest tingituna. Müügihinna/piirhinna samaks jäädes väheneb 50% soodustuse korral maksumus tarbija jaoks ning teiste soodusklasside korral vastupidi. Kuigi nende jaoks, kellele kehtivad suuremad soodustused (vanurid, krooniliselt haiged), muutus see kallimaks, siis suurem kasu neile uuest süsteemist on arvestatud läbi täiendava ravimihüvitise.



Joonis 2. Näide retseptiravimi maksumuse struktuurist Eestis enne ja peale reformi (2017/2018) (€), kui retseptiravimi hind on 25€ ning piirhind on 20€ (autori koostatud)

2.3 Reformi mõju analüüs

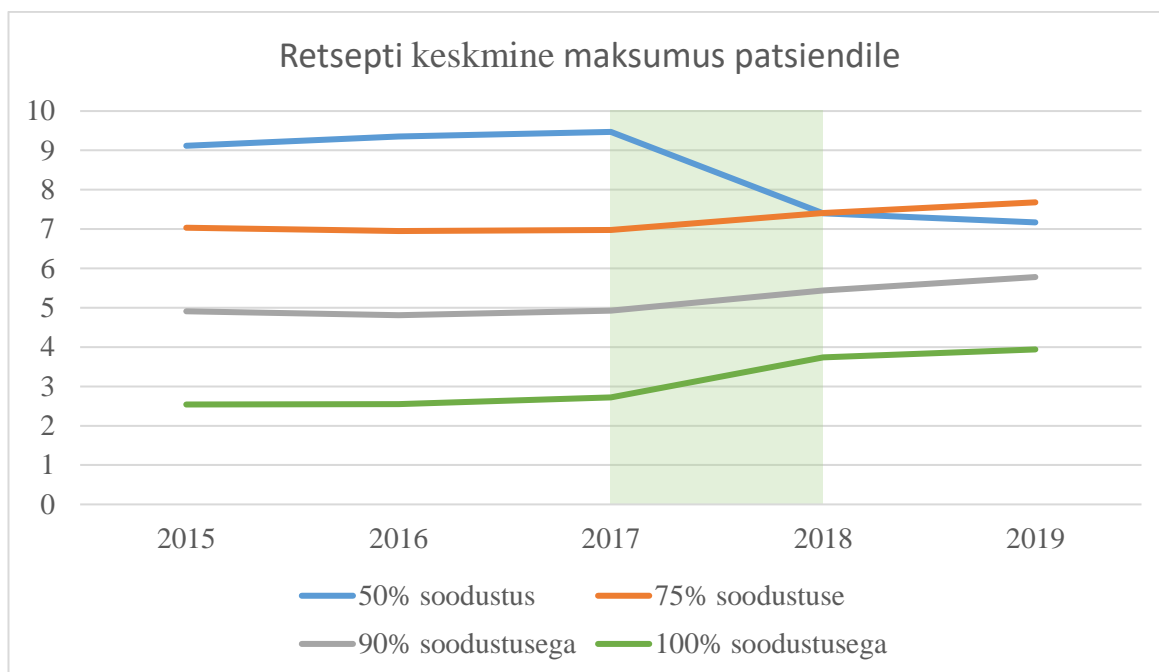
Võrreldes reformile eelneva aastaga suurenes ravimikasutus – soodusretseptide arv kasvas 5% ning kõige enam 50% soodustusega ravimite korral (13%) (vt joonis 3), kuna uue täendava ravimihüvitise süsteemi tõttu muutusid need patsientidele soodsamaks. Samuti kuna retsepti omaosaluse alusmäär ühtlustamisest on 100%, 90%, 75% soodustuse korral retseptitasu muutunud varasemaga kallimaks, siis 50% soodustuse korral on see tarbija jaoks odavnenud 22% (0,7€). Soodusravimite kompenseerimise kulud haigekassale suurenesid 8%. Annulleeritud retseptide osakaal (18%) jäi samale tasemele. (Eesti Haigekassa ... 2018: 53)



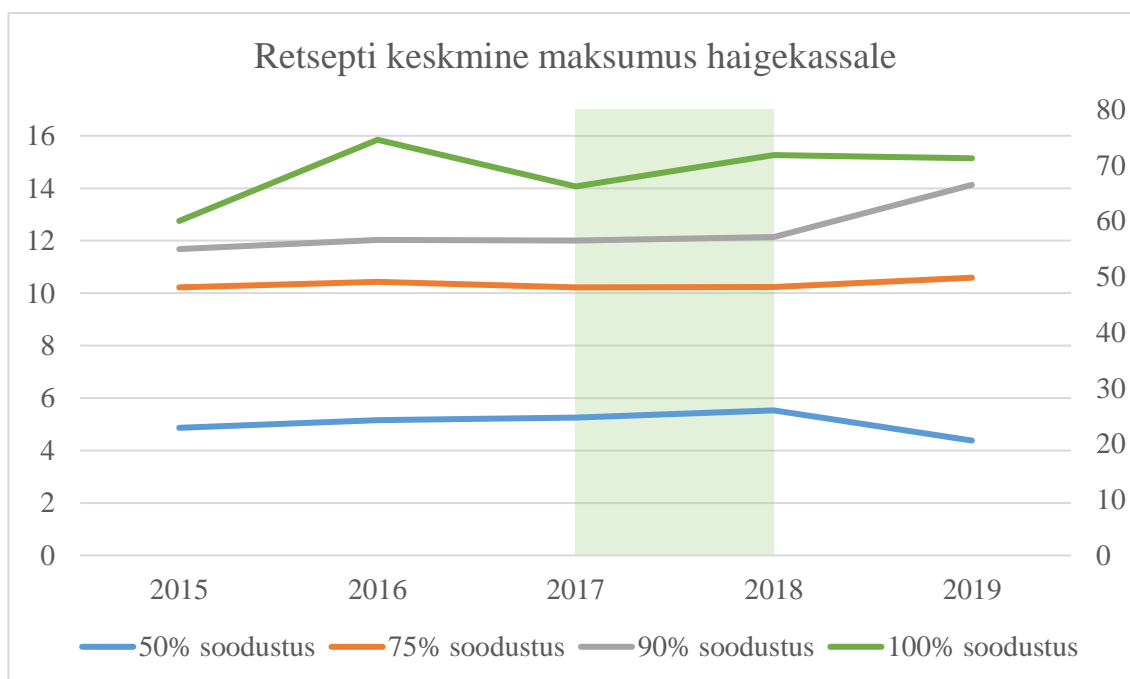
Joonis 3. Ravikindlustatud inimeste soodusretseptide arvu, summa ja isikute muutus 2018. aastal võrreldes 2017. aastaga (%).

Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori arvutused.

Retsepti keskmine maksumus 2018. aastal võrreldes eelneva aastaga on haigekassa jaoks muutunud 3% kallimaks (0,48€) ning tarbija jaoks 8% (0,52€) odavamaks. (vt joonis 4 ja 5). Viimane tuleneb osaliselt täiendava ravimihüvitise süsteemi muutumisest, mistõttu on retseptiravimid suurte ravimikuludega patsientidele soodsamad. (Eesti Haigekassa ... 2019: 54). Nii tarbija kui ka haigekassa jaoks on 2018. aastal enim kallimaks muutunud 100% soodustusega ravimite keskmine maksumus – tarbijale vastavalt 38% ning haigekassale 9%. Esimesel juhul on põhjuseks retseptitasu suurenemine 100% soodustuse korral. Kallinemine haigekassa jaoks on aga osaliselt seotud sellega, et kehaväliseks viljastamiseks vajalikud ravimid on alates 2018. aasta algusest kuni 40-aastastele (k.a) naistele 100% soodusmääraga kättesaadavad. Samuti lisandusid loetellu uued kallimad C-hepatiidi-, sclerosise multiplex'i- ning vähiravimid. 50% kompenseeritavate ravimite korral (5%) on retsepti keskmine maksumus kallinenud eelkõige tulenevalt uute antikoagulantide laialdasest kasutusest. (Eesti Haigekassa 2018: 53) Samasuunalised muutused maksumuses patsiendile liikusid ka 2019. aastasse, kuid väiksemal kiirusel. Reformi suhteline mõju patsiendi keskmisele maksumusele oli suurim 50% soodustuse korral ning haigekassale 100% soodustuse korral.



Joonis 4. Retsepti keskmine maksumus (€) patsiendile aastatel 2015-2019.
Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori arvutused



Joonis 5. Retsepti keskmine maksumus (€) haigekassale aastatel 2015-2019. (100% soodustusega retsepti maksumuse väärtused on parempoolsel skaalal).
Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori arvutused

Lisahüvitise saajate hulk kasvas 3000 inimeselt 134 315 inimeseni (0,7%-lt 15,6 %-ni). (vt tabel 1). 2018. aasta täiendavaks ravimihüvitiseks makstava summa viis üles ka see võrreldes 2019. Aasta näitajatega, et aasta lõpus ostsid patsiendid ravimeid ette ning 2019. aasta alguses oli selle arvelt patsientide kulud ja hüvitise maksmine väiksemad. (Eesti Haigekassa ... 2019: 51). Aastas üle 250 euro kulutanud patsientide arv vähenes 24 tuhandelt tuhandele (Eesti Haigekassa ... 2018: 57) ning üle 300 euro kulutanute arv vähenes 17 tuhandel sajakonnale (Eesti Haigekassa ... 2020).

Tabel 1. Täiendava ravimihüvitise maksumuse summa (€), summa inimese kohta (€) haigekassale ning saajate arv (tk) Eestis aastatel 2017-2019.

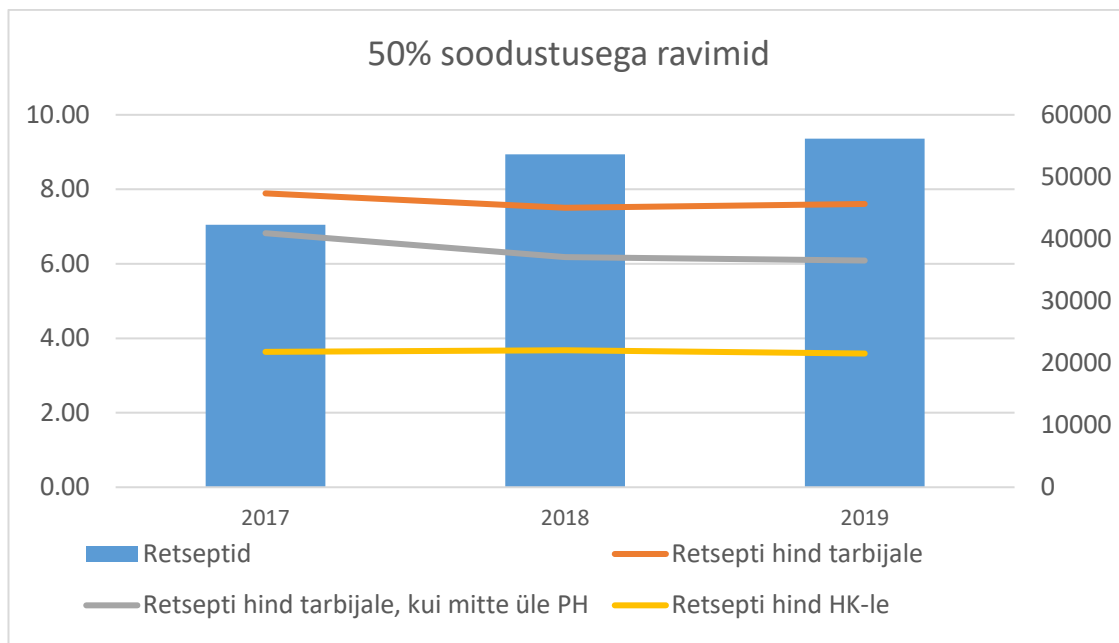
| | 2016 tegelik | | | 2017 tegelik | | |
|------------------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|--------------|---------------------|
| | Summa | Inimeste arv | Summa inimese kohta | Summa | Inimeste arv | Summa inimese kohta |
| Täiendav ravimihüvitis kokku | 391,000 | 2,543 | 154 | 368,000 | 3000 | 123 |
| | 2018 tegelik | | | 2019 tegelik | | |
| | Summa | Inimeste arv | Summa inimese kohta | Summa | Inimeste arv | Summa inimese kohta |
| | 10,301,000 | 134,315 | 77 | 7,481,000 | 136,628 | 55 |

Allikas: (Eesti Haigekassa ... 2018: 57), (Eesti Haigekassa ... 2019: 51) autori kohandused.

Muutused enimkasutatavate ravimite näitel

Allolevalt on esitatud kõigi soodusklasside viie kõige enamkasutatava ravimi (originaalide arvu järgi) (vt lisa 1) keskmised muutused retseptide arvu, hinna tarbijale (ka juhul, kui on maha arvestatud piirhinda ületav osa) ning hinna haigekassale korral aastatel 2016-2019. Välja on graafiliselt toodud nende keskmised muutused, kuna ka eraldi on nende vastavad muutused sarnased (vt joonised 6-9).

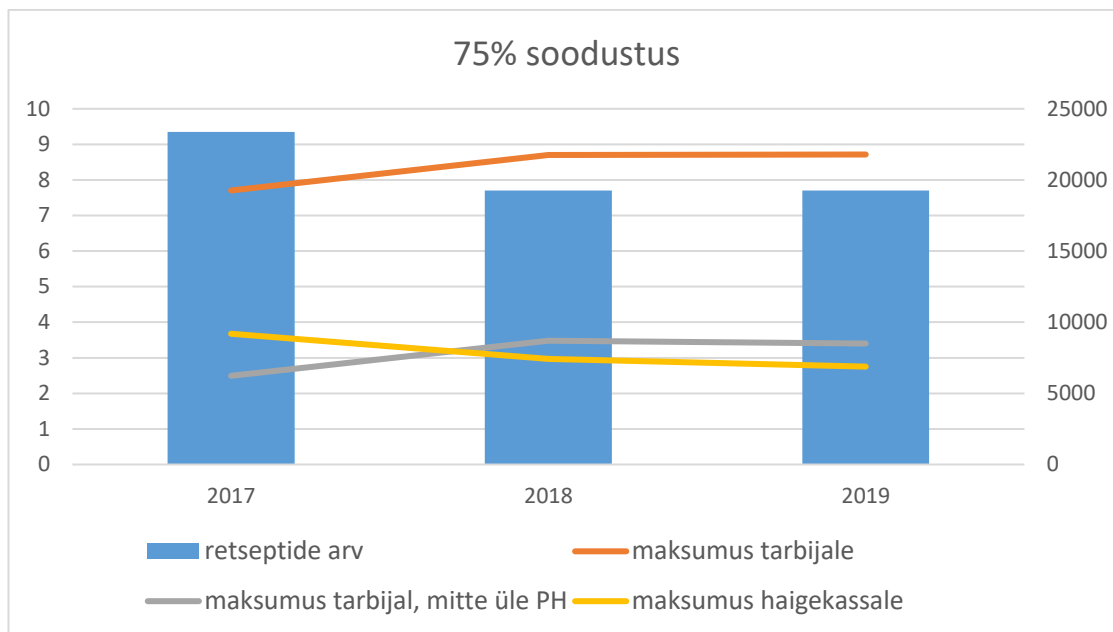
Võrreldes reformile järgnevat aastat sellele eelnevaga, siis 50% soodustuse korral retseptitasu vähenemise tõttu on need ravimid muutunud tarbijale odavamaks ning samal ajal haigekassale kallimaks (vt joonis 6). Selle tulemusena on kasvanud tarbimine.



Joonis 6. 50% soodustusega viie enimkasutatava ravimi (originaalide arvu järgi) retseptide arv (tk), retsepti hind tarbijale (€), retsepti hind tarbijale, kui mitte üle piirhinna (€) ja retsepti hind haigekassale (€) aastatel 2016-2017.

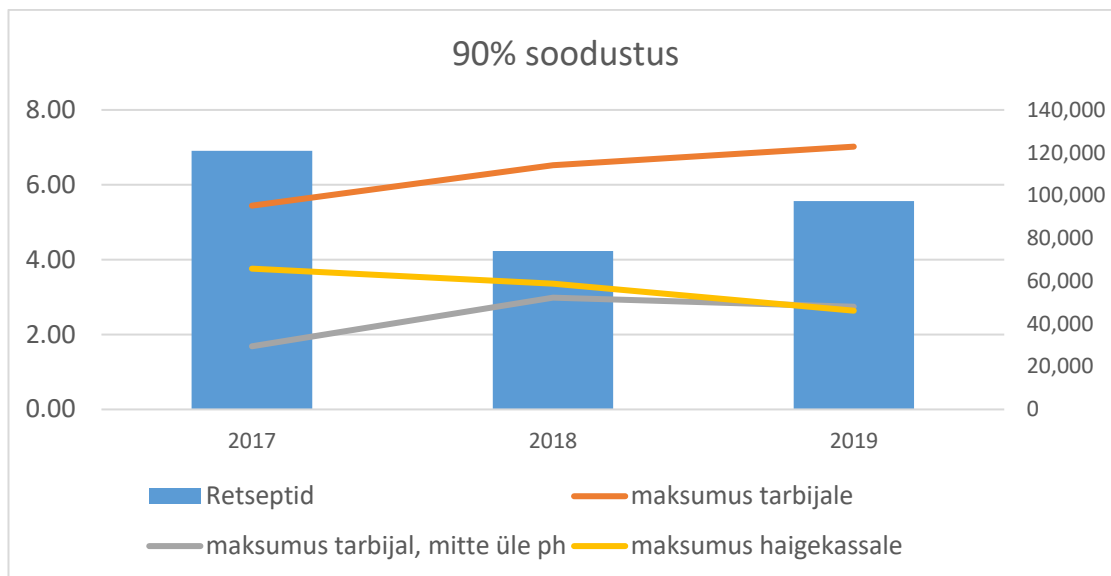
Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori arvutused.

Teiste soodusklasside korral on muutus vastupidine – maksumus tarbijale on kasvanud ning tarbimine vähenenud (vt joonis 7-9). Suhteline seos on tugevam, kui mitte arvestada piirhinda ületavat osa. See võiks omakorda viidata sellele, et just vaesem ühiskonnagrupp on ravimi hindadest enam mõjutatud. Samuti on täheldatav, et suurema hinnamuutuse korral on suurem muutus ka tarbimises. See on täheldatav rohkem absoluutse muutuse korral (suhtelise muutuse korral on see väiksem, kui omaosalus on väiksem). Teiste soodusklasside korral toimus oluline langus tarbimises 2017.aastal. Langus oli ka reformile järgneval aasta 75% ja 90% soodustuse korral, mil osaliselt retseptitasu suurenemise tõttu kasvas nende hind tarbijale.



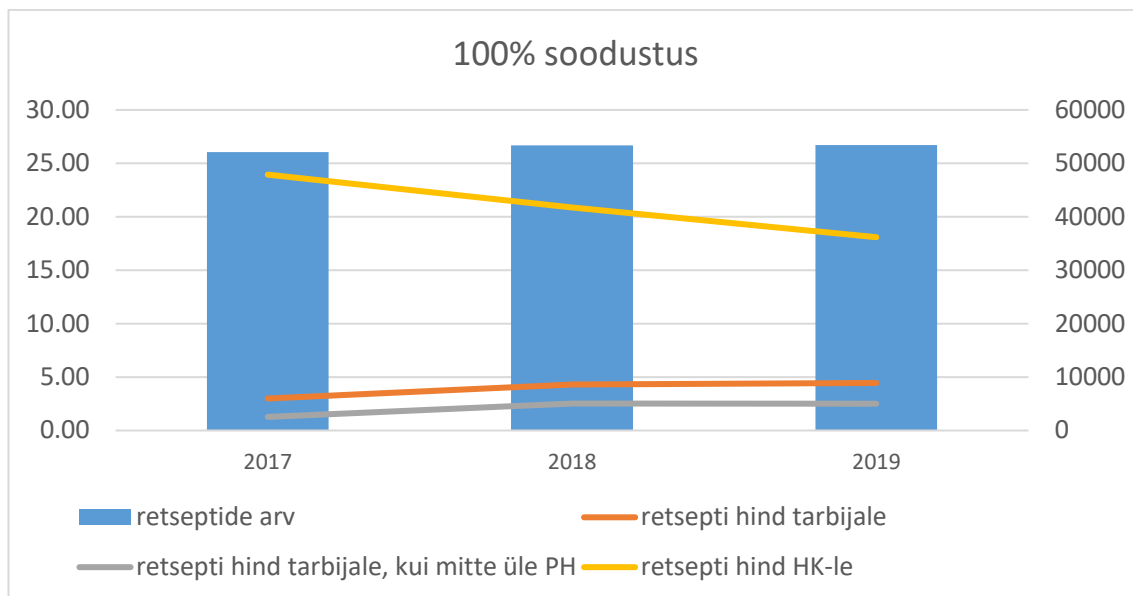
Joonis 7. 75% soodustusega viie enimkasutatava ravimi (originaalide arvu järgi) retseptide arv (tk), retsepti hind tarbijale (€), retsepti hind tarbijale, kui mitte üle piirhinna (€) ja retsepti hind haigekassale (€) aastatel 2016-2017.
Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori arvutused.

90% sooduklassi korral (kehtib krooniliste haiguste raviks lastele, puudega inimestele ning vanuritele) vähenes tarbimine kõige enam ning maksumus suurenes 20% (vt joonis 8). Suurim vaesusesse sattumise oht suurtest ravikuludest tingituna on just vanemaealiste, puudega ning krooniliste haigustega inimeste hulgas. (Võrk et. al 2010:11). Vanaduspension on Eestis on kasvutrendis.



Joonis 8. 90% soodustusega viie enimkasutatava ravimi (originaalide arvu järgi) retseptide arv (tk), retsepti hind tarbijale (€), retsepti hind tarbijale, kui mitte üle piirhinna (€) ja retsepti hind haigekassale (€) aastatel 2016-2017.
Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika) autori arvutused.

100% soodustusega ravimite korral peaaegu kahekordistus retseptitasu ning seega ka piirhinnani hind tarbija jaoks. Arvestades piirhinda ületavat osa oli kasv ligemalt 45% ning absoluutne hinnatõus suurim (1,31€). Siiski ei vähenenud keskmiselt tarbimine võrreldes eelneva aastaga (kahe ravimi korral kasvas ning kolme ravimi korral vähenes). Seega ollakse raskemate haiguste korral vähem hinnatundlikud, nagu leidsid ka Hernández-Izquierdo jt (2019) ja Goldman jt (2004). Krooniliste ja kõige ägedamate haiguste raviks vajaminevate ravimite hinna tõstmine võib olla ohuks ka vaesusesse sattumisel.



Joonis 9. 100% soodustusega viie enimkasutatava ravimi (originaalide arvu järgi) retseptide arv (tk), retsepti hind tarbijale (€), retsepti hind tarbijale, kui mitte üle piirhinna (€) ja retsepti hind haigekassale (€) aastatel 2016-2017. Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori arvutused.

Ravimihinnad kasvasid kolme soodusklassi korral, mille raviks kasutatavad ravimeid kasutatakse krooniliste ja tõsisemate haiguste raviks ning tarbimine vähenes. Vastavalt Niteesh jt, Choudhry jt, Goldman jt ning Snider jt, võib see viia üldise tervise halvenemiseni ning muude kulukamate ravivõimaluste kasutamiseni (nt arstivisiidid, kiirabi, hospitaliseerimine) ning selle tõttu ka ravi kogukulude kasvuni. 2018. aastal kasvas eriarstiabi ravijuhu keskmine maksumus 11%.

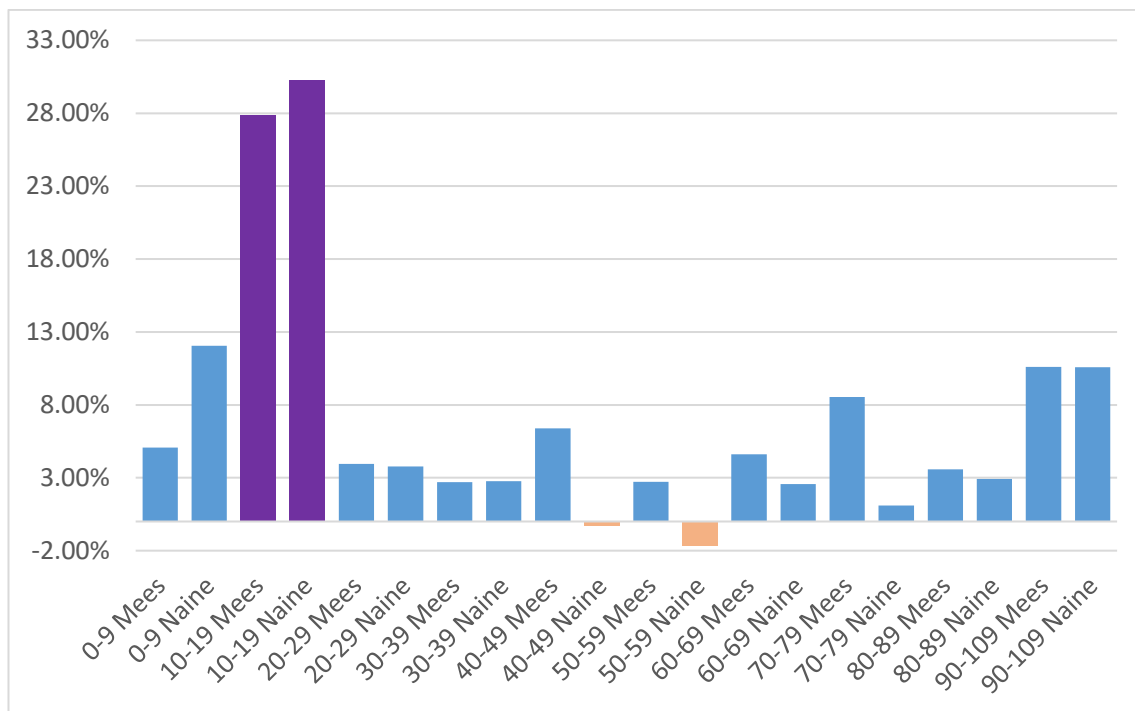
Kuigi riigi panus ravimite eest tasumisel kasvas ning inimeste osa vähenes, siis krooniliste ja raskemate haiguste raviks vajaminevate ravimite hind patsiendile kasvas ning tarbimine vähenes. Seda 75% ja 90% soodustuse korral. Keskmine retsepti hind kasvas enim raskeimate haiguste raviks vajaminevate ravimite korral, kuid nende tarbimine ei vähenenud. See võib aga koormata just tervishoidu ning ravijärjekorrad võivad pikeneda. Siiski vastukaaluks nende soodusravimite maksumuse kasvule tarbija jaoks muudeti täiendava ravimihüvitise süsteemi ning ravikulud suurte ravikuludega inimestele (kelle ravikulud ületavad vähemalt 100€ aastas) vähenevad. Samuti kuuluvad siis soodusrühma haigused, mis esinevad just vanemate inimeste seas ning kuigi oodatav eluiga kasvab, siis võib väheneda tervena elatud aastata arv veelgi.

Antud töö analüüsist selgus, et krooniliste ja raskemate haiguste raviks vajaminevate ravimite hind patsiendile kasvas ning tarbimine vähenes. See võib aga koormata just tervishoidu ning ravijärjekorrad võivad pikeneda. Siiski vastukaaluks nende soodusravimite maksumuse kasvule tarbija jaoks muudeti täiendava ravimihüvitise süsteemi ning ravikulud suurte ravikuludega inimestele (kelle ravikulud ületavad vähemalt 100€ aastas) vähenevad.

Närvisüsteemi ravimirühma kuuluvate ravimite kasutamise muutus soo-, vanusegruppide lõikes

Alljärgnevalt on toodud välja 50% soodustusega närvisüsteemi ravimirühma kuuluvate ravimite suhteline keskmine muutus kokku 2018. aastal võrreldes sellele eelneva aastaga (vt joonis 10). Närvisüsteemi ravimirühma kuuluvad ravimid moodustavad ligemale kuuendiku kõigist väljaostetud retseptidest 2018. aastal. Enim kasutati ainult kardiovaskulaarsüsteemi ravimeid. Ning nende maksumus moodustab ligemale kümnendiku retseptide kogumaksumusest ning haigekassa soodustus 7 protsenti kõigist retseptiravimite maksumusest.

Kõige enam kasvas 10-19 aastaste noorte tarbimine ning seda ligemale 30%. Teiste vanusegruppide korral kasvas tarbimine, jäädes keskmiselt 2 kuni 10 protsendi vahele, välja arvatud 40 – 59 aastaste naiste hulgas. Reformi tulemusena vähenes nende ravimite retseptitasu ning maksumus tarbijale.



Joonis 10. Närvisüsteemi ravimirühma kuuluvate retseptide väljaostmine vanusrühmade ja soo lõikes 2018. aastal võrreldes 2017. aastaga (%).
Allikas: (Eesti Haigekassa sooduravimite statistika) autori arvutused.

Kuna probleemid noorte vaimse tervisega on aasta-aastalt olnud kasvamas, mida näitab ka järjepidevalt kasvav vastavate ravimite kasutamine noorte hulgas (vt lisa 2), siis antud ravimireform ja omaosaluse vähenemine võiks tuua positiivseid muutusi sel teemal.

KOKKUVÕTE

2018. aastal kehtima hakanud ravimireformi käigus muudeti täiendavat ravimihüvitist kõrgendatud ravimikasutamise ning -kuludega inimestele soodsamaks ning ühtlustati kõigi sooduklasside fikseeritud omaosalus.

Kuigi riigi panus ravimite eest tasumisel kasvas ning inimeste osa vähenes, siis krooniliste ja raskemate haiguste raviks vajaminevate ravimite hind patsiendile kasvas ning 75% ja 90% soodustusklassi korral retseptide arv vähenes. Kuigi keskmine retsepti hind kasvas oluliselt ka raskeimate haiguste raviks vajaminevate ravimite korral (100% soodustus), siis nende arv ei vähenenud.

Eesti tervishoiusüsteemi murekohaks on olnud pikad ravijärjekorrad ning omaosaluse suurenemisest ning retseptide arvu langusest tingitult võib see ravijärjekordi veelgi koormata ja tervishoiu kogukulusid tõsta. Kuigi krooniliste ja raskemate haiguste raviks vajaminevate ravimite hind tarbijale kasvas, siis selle negatiivsele mõjule vastukaaluks muudeti täiendava ravimihüvitise süsteemi, et just suurte ravikuludega inimeste kulud ravimitele väheneks. Lisahüvitise saajate hulk kasvas oluliselt. Reformist said enim kasu 50% soodustusega ravimite tarbijad ning need, kelle kulud ravimitele on suured. Kaotasid krooniliste ja raskemate haiguste raviks kasutatavate ravimite tarbijad, kuid need kelle kulutsed ei ületa lisahüvitise maksmise piiri. Selleni jõudmine on varasemaga lihtsam, kuna 2018. aastast arvestatakse ka retseptitasu retseptitasuna makstu. Närvisüsteemi ravimirühma kuuluvate ravimite korral, milledele kehtib 50% soodustus, kasvas suur enamus vanuse- ja soogruppide tarbimine ning seda enim noorte hulgas.

Tervishoidu ei tohiks vaadata ainult kui tarbivat sektorit (ravimid, muu arstiabi), vaid ka kui nõ „tervist“ tootvat sektorit. Niivõrd kui inimeste hea tervis on väärtus omaette, on see sisendiks ka tootmisele ning väärtuse loomisele, mis edendab riigi majandust. Nii nagu haige ei saa kas osaliselt või täielikult tööturul osaleda ja väärtust luua, kuluvad tema ravile solidaarses ühiskonnas ka ressursid, mida saaks mujal kasutada. Järjest vananeva rahvastiku ning uute efektiivsemate, kuid ka kallimate ravimite tingimustes, ollakse piiratud ressursside korral tervishoiusüsteemi efektiivse

toimimise kujundamisel katsumuse ees. Et see toimuda saaks, on oluline pidev analüüs ning riikidevaheline koostöö.

VIIDATUD ALLIKAD

1. “Prescription Drug Pricing” *Health Affairs Health policy brief series* (No 11), september 2017.
2. Abbott, T.A., Vernon, J.A. (2005) “A FINANCIAL SIMULATION MODEL OF R&D DECISIONS” Working Paper 11114, <http://www.nber.org/papers/w11114>
3. Acemoglu, D., Linn, J. (2004) “Market Size in Innovation: Theory and Evidence from the Pharmaceutical Industry” *Quarterly Journal of Economics*, 119(3), August 2004: pp. 1049–1090. <https://economics.mit.edu/files/4464>
4. Choudhry N.K., Avorn, J., Glynn R.J., (2011) “Full Coverage for Preventive Medications after Myocardial Infarction”, *The New England Journal of Medicine*, 2011, 365:2088-2097 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1107913>
5. Choudhry, N.K., Fischer, A., Avorn J. et al. (2012) “The Impact of Reducing Cardiovascular Medication Copayments on Health Spending and Resource Utilization”, 2012 DOI: 10.1016/j.jacc.2012.06.050
DOI: 10.1111/j.1365-2710.2011.01250.x
6. Dor, A., Encinosa, W., (2004) “How does cost-sharing affect drug purchases? Insurance regimes in the private market for prescription drugs” *National Bureau of Economic Research (NBER) Working Paper* 10738, <http://www.nber.org/papers/w10738>
7. Eesti Haigekassa kodulehekülg (2020). Kasutatud 09.08.2020, <https://www.haigekassa.ee>
8. Farfan-Portet, M.-I., Van de Voorde, C., Vrijens, F., Stichele, R.V. (2012) “Patient socioeconomic determinants of the choice of generic versus brand name drugs in the context of a reference price system: evidence from Belgian prescription data” DOI 10.1007/s10198-012-0377-8
9. Giaccotto, C., Santerre, R., Vernon, J.A. (2005) “Drug Prices and Research and Development Investment Behavior in the Pharmaceutical Industry” *Journal of Law and Economics*, 2005, vol. 48, issue 1, 195-214 <http://dx.doi.org/10.1086/426882>

10. Goldman, D.P., Joyce, G.F., Escarce, J.J., Pace J.E., Solomon M.D., Laouri, M., Landsman P.B, Teutsch, S.M (2004) "Pharmacy Benefits and the Use of Drugs by the Chronically III" *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2004;291(19):2344-2350. DOI:10.1001/jama.291.19.2344
11. Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R, Aaben, L., Van Ginneken, E. (2018b) "Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade" *Tervisesüsteemid muutustes*, 2018; 20(1): 1 – 189 https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/hit_-_estonia_-_24cc_-_final_insides_et_191101a.pdf
12. Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K., Sikkut, R., Laura Aaben, L., van Ginneken (2018a) Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2018; 20(1): 1 - 193
13. Helin-Salmivaara, A., Korhonen, M.J., Alanen, T, Huupponen, R. (2012) "Impact of out-of-pocket expenses on discontinuation of statin therapy: a cohort study in Finland" *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2012, 37, 58–64
14. Hernández-Izquierdo, C., López-Valcárcel, B.G., Morris, S., Melnychuk, M., Alessón, I.A. (2019) "The effect of a change in co-payment on prescription drug demand in a National Health System: The case of 15 drug families by price elasticity of demand" <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213403>
15. <https://doi.org/10.15157/ea.v0i0.9716>
<https://itif.org/sites/default/files/2019-drug-prices-cures.pdf>
16. Ke Xu (2005), "Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology" WHO Discussion paper, Number 2/2005, (WHO reference number: EIP/HSF/DP.05.2)
17. Kennedy, J. (2019) "The Link Between Drug Prices and Research on the Next Generation of Cures", Information Technology and Innovation Foundation, 2019
18. Kruus P., Sikkut, R, Aaviksoo, A. (2012) "Uute ravimite soodusnimekirja lisamise protsess ravimi- ja tervishoiupoliitika kontekstis" Poliitikauuringute Keskus Praxis, <http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2012-Uute-ravimite-soodusnimekirja-lisamine.pdf>
19. Laidmäe, E. (2013), "Patsiendi omaosalus soodusravimite ostmisel ja selle vahendamisele suunatud abinoud", *Eesti Arst* 2013; 92(1):34-38
<https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/view/11548>

20. OECD (2018), “Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines”, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
<https://doi.org/10.1787/9789264307391-en>
21. OECD (2019) “Eesti: riigi terviseprofiil 2019” *OECD Publishing* Paris, <https://doi.org/10.1787/1efa7683-et>.
22. Sonnenberg A. (2004), “Toimeainepõhiste piirhindade mõju Eesti Haigekassa ravimihüvitiste eelarvele ja ravimitarbijatele”, Eesti Arst, juuni 2004
23. Thomson, S., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2011) “Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks: üks aasta hiljem” <http://www.digar.ee/id/nlib-digar:121983>
24. Vogler S., Haasis, M.A., Dedet, G., Lam, J., Pedersen, H.B (2018) “Medicines reimbursement policies in Europe”
<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/medicines-reimbursement-policies-in-europe>
25. Võrk, A., Habicht, J., Xu, K., Kutzin, J. (2010) “Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000”
ee.euro.who.int/E94130__HFPP_EST_2010-3_.pdf
26. Võrk, A., Saluse, J., Reinap, M., Habicht, T. (2014) „Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia, 2000–2012“
<https://www.euro.who.int/en/countries/estonia/publications/out-of-pocket-payments-and-health-care-utilization-in-estonia,-20002012-2014>
27. Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., Murray, C.J.L. (2003) “Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis” *The Lancet* Vol(362):111-117, DOI: 10.1016/S0140-6736(03)13861-5

LISAD

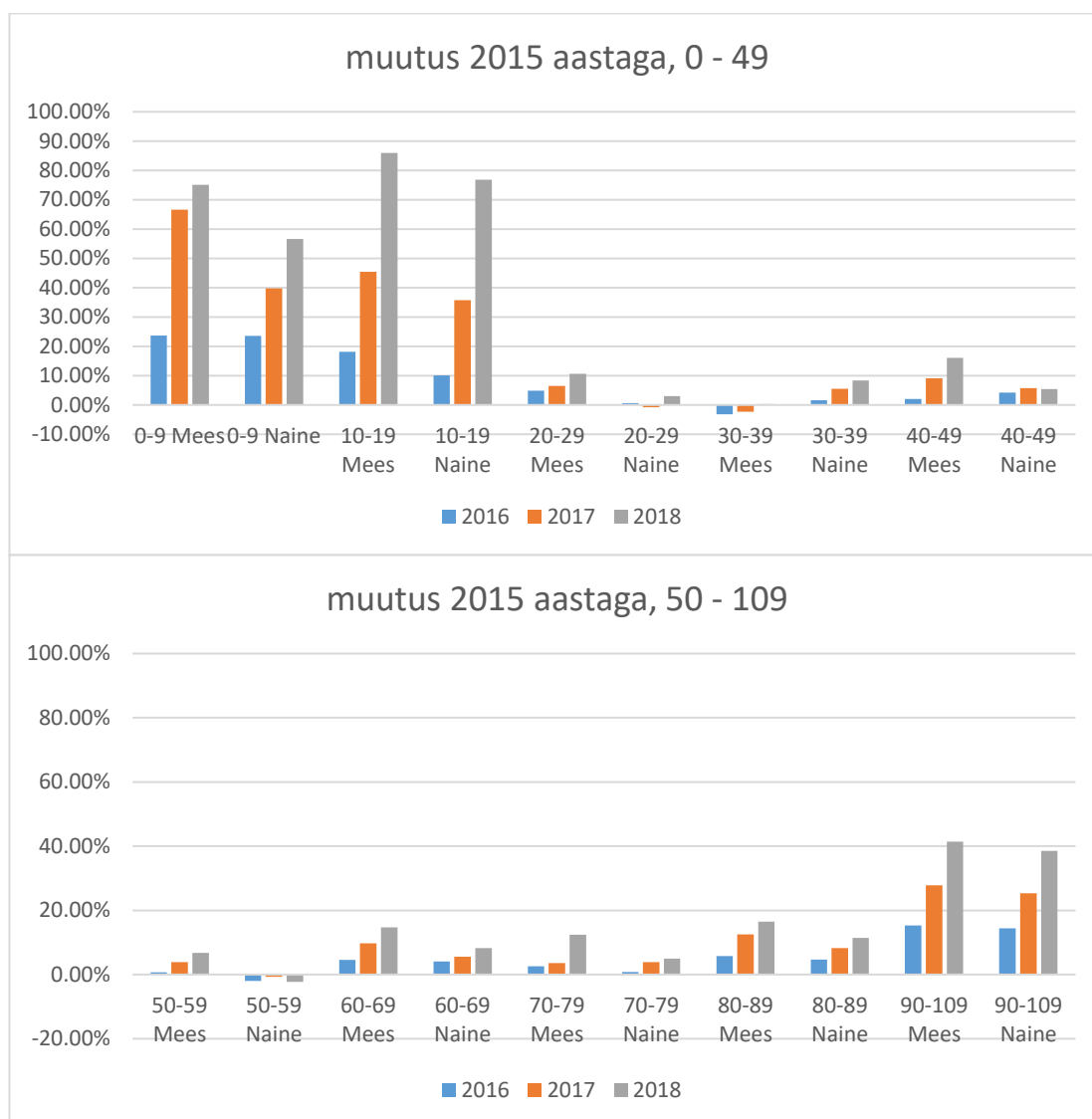
Lisa 1. Viis enimkasutatavat retseptiravimit Eestis igas soodusrühmas aastatel 2016-2019.

| Realiseeritud toimeaine | Realiseeritud ravim |
|---------------------------------|--|
| 50% soodustusega ravimid | |
| torasemiid | TORASEMIDE TEVA tablett 5mg 30TK; 'TORASEMIDE TEVA tablett 10mg 30TK |
| omeprasool | OMEP 40MG gastroresistentne kõvakapsel 40mg 56TK; 'OMEP 40MG gastroresistentne kõvakapsel 40mg 30TK; 'OMEP 40MG gastroresistentne kõvakapsel 40mg 15TK; 'OMEP 20MG gastroresistentne kõvakapsel 20mg 56TK; 'OMEP 20MG gastroresistentne kõvakapsel 20mg 30TK |
| nitrofurantoiin | NITROFURANTOIN NYCOMED tablett 50mg 20TK |
| tamsulosiin | FLOSIN 0,4MG toimeainet modifitseeritud vabastav kõvakapsel 0,4mg 30TK |
| pantoprasool | CONTROLOC 40 MG gastroresistentne tablett 40mg 14TK; 'CONTROLOC 20 MG gastroresistentne tablett 20mg 14TK |
| 75% soodustusega ravimid | |
| metoprolool | BETALOC ZOK 100 toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 100mg 30TK; BETALOC ZOK 25 toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 25mg 28TK; BETALOC ZOK 50 toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 50mg 30TK |
| telmisartaan | MICARDIS tablett 80mg 28TK; 'MICARDIS tablett 80mg 28TK |
| metoprolool | METOSOK toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 100mg 30TK; METOSOK toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 25mg 30TK; METOSOK toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 50mg 30TK |
| nebivolool | NEBILET tablett 5mg 90TK; 'NEBILET tablett 5mg 90TK |
| metformiin | METFORAL 1000 MG õhukese polümeerikattega tablett 1000mg 120TK; METFORAL 500 MG õhukese polümeerikattega tablett 500mg 120TK; METFORAL 850 MG õhukese polümeerikattega tablett 850mg 120TK |
| 90% soodustusega ravimid | |
| metoprolool | BETALOC ZOK 100 toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 100mg 30TK; BETALOC ZOK 25 toimeainet prolongeeritud vabastav tablett 25mg 28TK; BETALOC ZOK 50 toimeainet prolongeeritud |

| | |
|----------------------------------|--|
| | vabastav tablett 50mg 30TK |
| metoprolool | METOSOL toimeainet prolongeeritult vabastav tablett 100mg 30TK; METOSOL toimeainet prolongeeritult vabastav tablett 25mg 30TK; METOSOL toimeainet prolongeeritult vabastav tablett 50mg 30TK |
| metformiin | METFORAL 1000 MG õhukese polümeerikattega tablett 1000mg 120TK; METFORAL 500 MG õhukese polümeerikattega tablett 500mg 120TK; METFORAL 850 MG õhukese polümeerikattega tablett 850mg 120TK |
| spironolaktoon | SPIRAX tablett 100mg 20TK; SPIRAX tablett 25mg 20TK; 'SPIRAX tablett 50mg 100TK; 'SPIRAX tablett 50mg 20TK |
| allopurinool | ALLOPURINOL NYCOMED tablett 100mg 50TK; ALLOPURINOL NYCOMED tablett 300mg 50TK |
| 100% soodustusega ravimid | |
| timolool+dorsolamiid | COSOPT silmatilgad, lahus 5mg+20mg 1ml 5ml 1TK |
| detemir-insuliin | LEVEMIR FLEXPEN süstelahus pen-süstlis 100ühik 1ml 3ml 5TK |
| naatriumlevotüroksiin | L-THYROXIN BERLIN-CHEMIE tablett 100mcg 100TK; L-THYROXIN BERLIN-CHEMIE tablett 50mcg 100TK |
| aspart-insuliin | NOVORAPID FLEXPEN süstelahus pen-süstlis 100ühik 1ml 3ml 5TK |
| latanoprost | XALATAN silmatilgad, lahus 50mcg 1ml 2.5ml 1TK |

Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori arvutused.

Lisa 2. Närvisüsteemi ravimirühma kuuluvate retseptide väljaostmine vanusrühmade ja soo lõikes 2016 – 2018 võrreldes 2015. aastaga (%).



Allikas: (Eesti Haigekassa soodusravimite statistika 2020) autori koostatud

SUMMARY

IMPACT OF THE DRUG REIMBURSEMENT REFORM ON PATIENTS IN ESTONIA 2018

Tarmo Trummal

In 2018 Estonia introduced medicines reimbursement reform with the intent to lower out-of-pocket payments for those with extra need and higher spendings on pharmaceuticals.

If a patients`s total expenditure on prescription medicines in a year is more than 100 EUR, Estonian Health Insurance Fund (EHIF) reimburses 50% of the cost that exceeds that limit and when it exceeds 300 EUR, 90% is reimbursed. The purpose was to lower the burden with higher need and spendings on medicines (chronically ill, disabled, elderly). Also prescription fee for all reimbursement rates were brought to the same level – 2.5 EUR.

The aim of the study is to analyze the changes in prices for both the patient and the insurer (EHIF) and changes in consumption. Who won the most and who lost due to the reform. For that the mentioned data was analyzed from 5 of the most used medicines in each reimbursement rate category.

The average price of medicines with 50% reimbursement rate decreased for consumers and consumption increased in 2018 compared to previous year. Medicines with 75% and 90% rate, the effect was the other way around - price increased and consumption decreased. As for medicines with the highest reimbursement rate – average price increased and consumption stayed almost at the same level. Because 100% reimbursement rate is for drugs needed to treat serious and chronic diseases, the price increase may put extra burden and cause catastrophic expenditures on those people, who

suffer from serious and chronic diseases, but whose spendings don't exceed the threshold for additional drug benefit.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Tarmo Trummal,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Eesti 2018. aasta ravimireformi mõju tarbijale“, mille juhendaja on Andres Võrk reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Tarmo Trummal
11.08.2020